



ÜBERWEISUNGSFORMULAR FÜR MKG-CHIRURGIE

Die Patientin / der Patient wird zur Durchführung folgender Leistungen überwiesen.

Implantatberatung / Implantation

Geplante Implantatposition: _____

Augmentation

Sinuslift

DVT

Weisheitszahnentfernung

Entfernung folgender Zähne

Zystektomie

Wurzelspitzenresektion

mit orthograder Wurzelfüllung

mit retrograder Wurzelfüllung

Entfernung überzähliger Zähne / Zahnkeime

Vestibulumplastik

Oberkiefer

Unterkiefer

Operative Freilegung

mit Brackettierung

Bracket anbei

ohne Brackettierung

OPG per Mail

Zahnfilm per Mail

Ich bitte um vorherige telefonische Rücksprache

Sonstiges _____

Anmerkungen / Wünsche: _____

Selbstverständlich erfolgt die Zusendung eines Therapieberichtes sowie die konsequente Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

Datum

Unterschrift, Praxisstempel